

出産費・家族出産費請求書（受取代理用）

組 合 員 記 入 欄	組合員証の記号・番号		生年月日		
	記号	番号	昭和 年 月 日		
	公立青森		平成 年 月 日		
	組合員 (請求者) の氏名	(フリガナ)	保 険 者	名 称	公立学校共済組合青森支部
				所在地	青森市長島一丁目1-1
	組合員 (請求者) の住所	〒 - (フリガナ)			
		電話 ()			
	出産予定・数	年 月 日		単・多 (胎)	
	出産予定者 ※申請者と同一の 場合は不要です	氏 名		生 年 月 日	
				昭和 年 月 日	
出 産 予 定 医 療 機 関	名 称				
	所在地				
組合員に対する支払金融機関の欄					
金融機関名	本・支店名	預金種別	口座番号	口座名義人	

受 取 代 理 人 記 入 欄	組合員 () は医療機関である () を代理人と定め、次の 権限を委任します。また、組合員は、医療機関への直接支払制度は利用しません。 組合員が請求する出産費のうち、代理人が組合員に対して出産に関し請求する費用の額(注)の受領に 関すること。					
	令和 年 月 日					
	組合員の住所					
	氏名(自署)					
	(〒 -)					
	代理人の住所					
	氏名(自署)					
	電話 ()					
	受取代理人に対する支払金融機関の欄					
	金融機関名	本・支店名	預金種別	口座番号		
		普通・当座				
口座名義人	(フリガナ)					

所 属 所 長 欄	上記の記載事項は事実と相違ないものと認めます。				
	令和 年 月 日				
	所属所名		職名		
所属所長		氏名			

※ 請求書に記載された個人情報は、業務を遂行するために利用するものであり、他の目的に使用することはありません。
 (注) 法定給付50万円(産科医療補償制度に係る対象分娩でない場合は48万8千円)に附加給付5万円を含めた55万円(産科医療補償制度に係る対象分娩でない場合は53万8千円)を上限とする。
 双生児以上を出産した場合は、その産児ごとに1回の出産があったものとして支給する。